



### MÉTODO DE DIAGNÓSTICO 3

**BACILOSCOPIA** **MARCAR RESULTADO**

Fecha BK1 DD MM AAA NSO BAAR  0-9 BK  2+  3+  1+

Fecha BK2 DD MM AAA NSO BAAR  0-9 BK  2+  3+  1+

Fecha BK3 DD MM AAA NSO BAAR  0-9 BK  2+  3+  1+

**CULTIVO** Fecha DD MM AAA

Resultado  No hubo crecimiento de Micobacterias  
 Mycobacterium tuberculosis  
 Micobacterias no tuberculosas

**OTRO MÉTODO** Fecha DD MM AAA

Xpert MTB/RIF  Positivo  Negativo  Otros: \_\_\_\_\_

**CLINICO**

Resultado  Positivo  Negativo Fecha DD MM AAA

**RADIOGRAFICO (RX)**

Resultado  Positivo  Negativo Fecha DD MM AAA

**HISTOPATOLOGÍA**

Resultado  Positivo  Negativo Fecha DD MM AAA

**DEFINICION DE CASO**

TB Bacteriologicamente confirmada  
 TB Clínicamente diagnosticada

### CLASIFICACIÓN 4

**Localización anatómica**

Pulmonar  Menígea  
 Extra pulmonar (EP)\*  Otros: \_\_\_\_\_

**Historia de tratamiento previo (Seleccione solo una opción)**

**Nuevo\***  
 Paciente con historia desconocida de tratamientos previos TB

**Antes tratado**  
 Recaída\*  
 Después de pérdida en el seguimiento\*  
 Tratado post fracaso\*

**Resistencia a los medicamentos (Al ingreso)**

Ninguna\*  MonoR  PoliR  Desconocida  
 MDR  XDR  TB-RR

**H Z R E S**

**MonoR:** Monorresistente

**PoliR:** Polirresistente

Fluoroquinolonas  
 Inyectables de segunda línea

TB-RR: TB resistente a Rifampicina  
 MDR: Multidrogorresistente  
 XDR: Extensamente resistente

### TRATAMIENTO 5

**Referencia del paciente**

Referido: Sí  No

Instalación de salud que lo refirió: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRATAMIENTO**

**FASE 1** Medicamentos indicados\*  
 Fecha inicio: \* DD MM AAA H Z R E S Otros  
 Fecha fin: \* DD MM AAA

**FASE 2** Medicamentos indicados\*  
 Fecha inicio: \* DD MM AAA H R E Otros  
 Fecha fin: \* DD MM AAA

**Administración:** **FASE 1** **FASE 2**

Estrictamente supervisado

Auto - administrado

Pacientemente supervisado

Comunidad

Familia

H: Isoniacida Z: Pirazinamida R: Rifampicina E: Etambutol S: Estreptomicina

### TB/VIH 6

**Condiciones de VIH (Al momento del diagnóstico de TB)**

Presento prueba de VIH previa al diagnóstico Sí  No

**Resultado\*:** Positivo  Negativo  Desconocido

**Paciente con prueba de VIH previa POSITIVA**

**Fecha de la prueba:** DD MM AAA

Asesoría post prueba de VIH previa Sí  No

Terapia con Cotrimoxazol Sí  No

**Fecha de inicio del TARV:** DD MM AAA

Actualmente en TARV Sí  No

Antecedente de terapia con Isoniacida Sí  No

**Paciente con prueba de VIH previa NEGATIVA**

**Fecha de la prueba:** DD MM AAA  
 (Repetir la prueba según factor de riesgo)

**Paciente sin prueba**

Se solicitó prueba de VIH Sí  No

Paciente acepto hacerse la prueba Sí  No

Prueba de VIH realizada Sí  No

**Fecha toma de muestra:** DD MM AAA  
**Fecha de resultado:** DD MM AAA

**Resultado de la prueba de VIH** Positivo  Negativo

*Si el resultado es POSITIVO responder a las siguientes preguntas*

Asesoría post prueba de VIH Sí  No

Terapia con Cotrimoxazol Sí  No

Referido a TARV Sí  No

**Fecha de inicio de TARV:** DD MM AAA **TARV:** Terapia antiretroviral

### CONTACTO 7

Menores de 5 años			5 y mas años		
Total de contactos identificados*	<input type="checkbox"/>	Total de contactos identificados*	<input type="checkbox"/>		
Total de contactos sintomáticos respiratorios*	<input type="checkbox"/>	Total de contactos sintomáticos respiratorios*	<input type="checkbox"/>		
Total de contactos evaluados*	<input type="checkbox"/>	Total de contactos evaluados*	<input type="checkbox"/>		
Total de contactos con quimioprofilaxis*	<input type="checkbox"/>	Total de contactos con quimioprofilaxis**	<input type="checkbox"/>		
Total de contactos con TB*	<input type="checkbox"/>	Total de contactos con TB*	<input type="checkbox"/>		

Contactos			Contactos con quimioprofilaxis (menores de 5 años)				
Nombre y Apellido	Edad		Relación (parentesco)	Nombre y Apellido	Edad		Total de dosis (Adm.)
	F	M			F	M	

### SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE 9

Fecha de control	P.P.L.- Fecha	Indigencia	Minería	Hacinamiento	Empleado	Uso de drogas	Alcoholismo	Tabaquismo
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							
DD MM AAA	DD MM AAA							

### VISITAS DE SEGUIMIENTO 10

Tipo de visita:

Ingreso	Asistencia	Perdida durante el seguimiento	Para TAES	Firma de quien realiza la visita
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	_____
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	_____
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	_____
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	_____
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	_____

### APOYOS 11

Social Sí  No

Nutricional Sí  No

Económico Sí  No

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_